

Projet de prévention des pneumonies acquises au respirateur « VAP »

CHU de Charleroi

Docteur E. Carlier et V. Schamroth

Symposium Soins Intensifs, 20 avril 2012



PNEUMONIES ACQUISES EN VENTILATION MECANIQUE (VAP)

- Les VAP restent une cause importante de morbidité et de mortalité . Prolonge la durée de séjour, le coût, problématique des germes MR et des isolements.
- En Belgique un rapport de l'ISP 2001-2008 donne un taux de 14,3/1000 jours de ventilation.
- Taux actuels objectivés dans plusieurs centres plus élevés (20à 30% des patients ventilés).



« VAP »

- Devient un critère de qualité
- Importance d’un diagnostic correct = plus grosse difficulté du point de vue médical.
- Benchmarking ! Un centre en USA prétend un taux de 0% (non crédible).

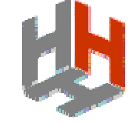


Etats-Unis 2008: réduction du déficit soins santé

Non remboursement de certaines complications liées aux soins.

- embolie gazeuse
- incompatibilité de sang
- escarres
- infection des voies urinaires sur cathéter
- infection liée aux cathéters intravasculaires
- infection du site chirurgical

Réf: http://www.managedcaremag.com/archives/0805/0805.msdrg.html



SITUATION CHU de Charleroi

- enregistrement depuis 01/12/2011
- taux de VAP entre 20 et 30 %
- fortes variations liées à l’ activité
- influence considérable :
    - unités « surpeuplées »
    - unités « sous-staffées »





MECANISME DE PREVENTION

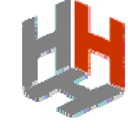
La bouche est « un jardin zoologique »

(Prof. E. Yourassowsky cours de microbiologie 1977)



Importance des secrétions oro-pharyngées !

→ conséquences sur la prévention



PREVENTION

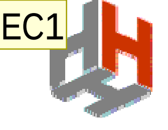
- plusieurs niveaux de décisions (inter)national
  - nombre de lits USI
  - ratio infirmier/patient ex: en Belgique 1/3 >< en GB 1/1.
- politique de surveillance, indicateurs de qualité
- management hospitalier: organisation, investissements
- unités de soins: prise en charge des patients

ASPECTS DES SOINS INFIRMIERS

- avant tout une question de soins chez ces patients

- matériel au second plan

  - tube endotrachéal: composant, aspiration sous-glottique
  - respirateurs, système humidifiant
  - système d'aspiration (clos, ouvert)
  - lits prokinétiques, mesure de l'angle d'inclinaison.



Care bundle

Bundle: qu’est ce que c’est?

Groupement, ensemble de produits, emballage, faisceaux, bouquet





Diapositive 11

EC1 Eric Carlier; 14/04/2012



Mode d’emploi

- un "bundle" est un ensemble de pratiques visant à améliorer le processus de soin apporté au patient et donc le devenir de celui-ci.
- un ensemble restreint de pratiques simples (généralement 3 à 5) qui, lorsqu'elles sont réalisées collectivement et de façon stable, ont prouvé leur capacité à améliorer les résultats cliniques .
- notion de TOUT ou RIEN
- évaluation régulière

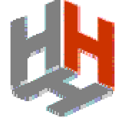
Critères retenus par le Collège Belge Avis d’ experts

1. Y-a-t’il une prescription, un objectif de sédation?
2. Vérification pression ballonnet (min. 3X/jour)
3. Eviter la position couchée observer inclinaison de 30-45°
4. Réaliser soin de bouche avec molécule antiseptique (min 3 à 4 X/jour)
5. Aspiration sub glottique



Sédation

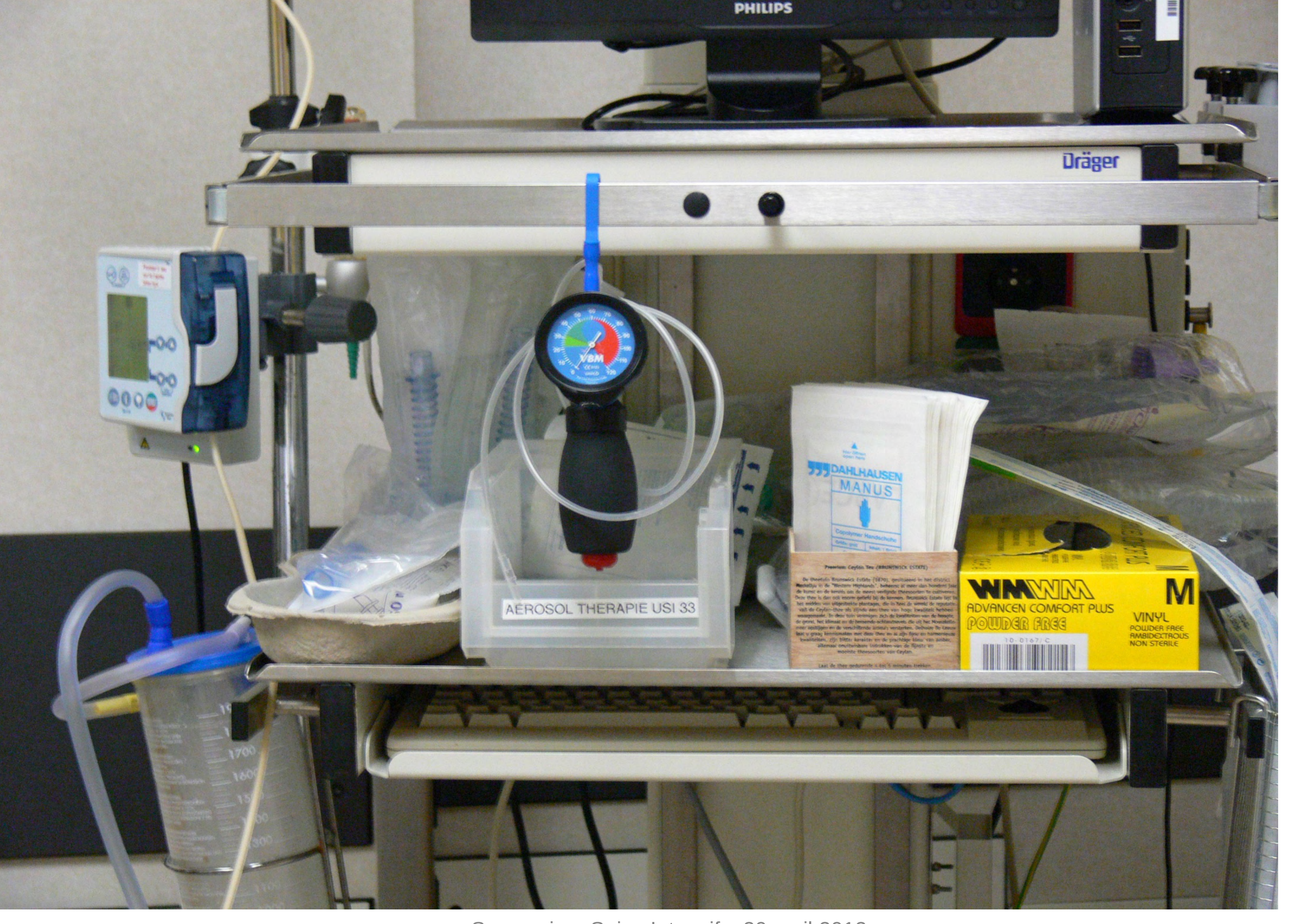
- concensus et mise en application d’un protocole de sédation et d’analgésie (10/2012)
- rapide adoption après plusieurs séances d’informations (Dr Kimbimbi et Dr Delleuze)
- près de 50 % des patients sont ventilés (après 24 heures) sans sédatif
- importance de différencier sédation et analgésie



Pression du ballonnet

- matériel récemment acquis: manomètres automatiques, utilisation ciblée (cf. hygiène)
- quid mesures en salle d'urgence, salle d'opération?
- disponibilité du matériel


PHILIPS
Dräger
AEROSOL THERAPIE USI 33
MANUS
M
VINYL


PHILIPS
Dräger
VBM
DAHLHAUSEN
MANUS
AEROSOL THERAPIE USI 33
WM WM
ADVANCEN COMFORT PLUS
POWDER FREE
M
VINYL
POWDER FREE
AMBIDEXTROUS
NON STERILE

Position 30°

- initialement 45°
- peu respecté lors premières études de compliance.
- 30° non inférieur
- importance des limitations lors des soins infirmiers et médicaux!



2012


40
REA
REA


40





Consensus pluridisciplinaire

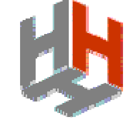
- soins infirmiers chez le patient intubé ou trachéotomisé et ventilé mécaniquement.
- fruit de l’avis des gens de terrain, avalisé par les responsables



Soin de bouche

- soin de base simple
- connaissance théorique dans formation de base des soignants

Et pourtant …. constat de non application dans la pratique.



Pré requis

Le comportement du soignant est conditionné par 3 facteurs :

Le modèle PRECEDE

- **Facteurs prédisposant** :
  - Connaissances
  - Croyances
  - Perception
- **Facteurs favorisant** :
  - Recommandations
  - Equipements
- **Facteurs de renforcement** :
  - Feedback (observance, taux)
  - Soutien des supérieurs, des pairs
  - Participation du patient

→ Amélioration de l 'observance → Réduction des taux d'IAS

Adapté de Larson E., Infect Control Hosp Epidemiol. 1991



Précautions standard

HDM

gants

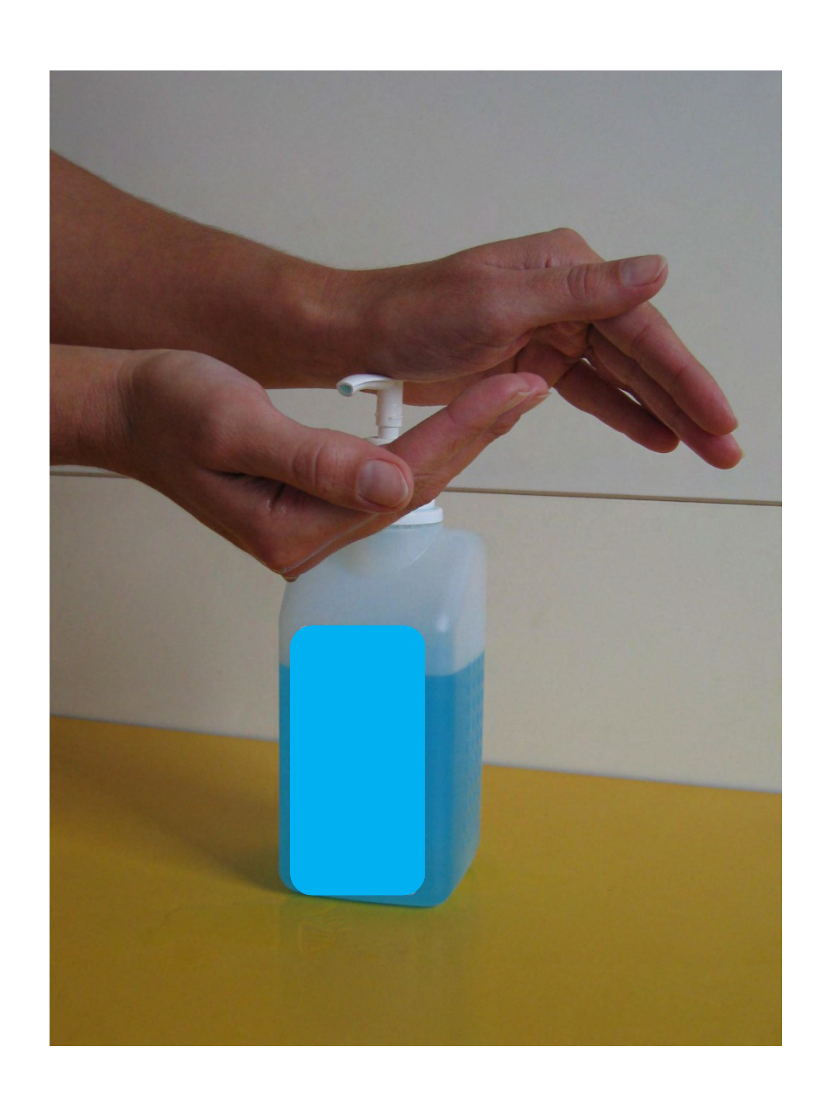
masque / lunettes / surblouse

objets coupants

gestion linge / déchets

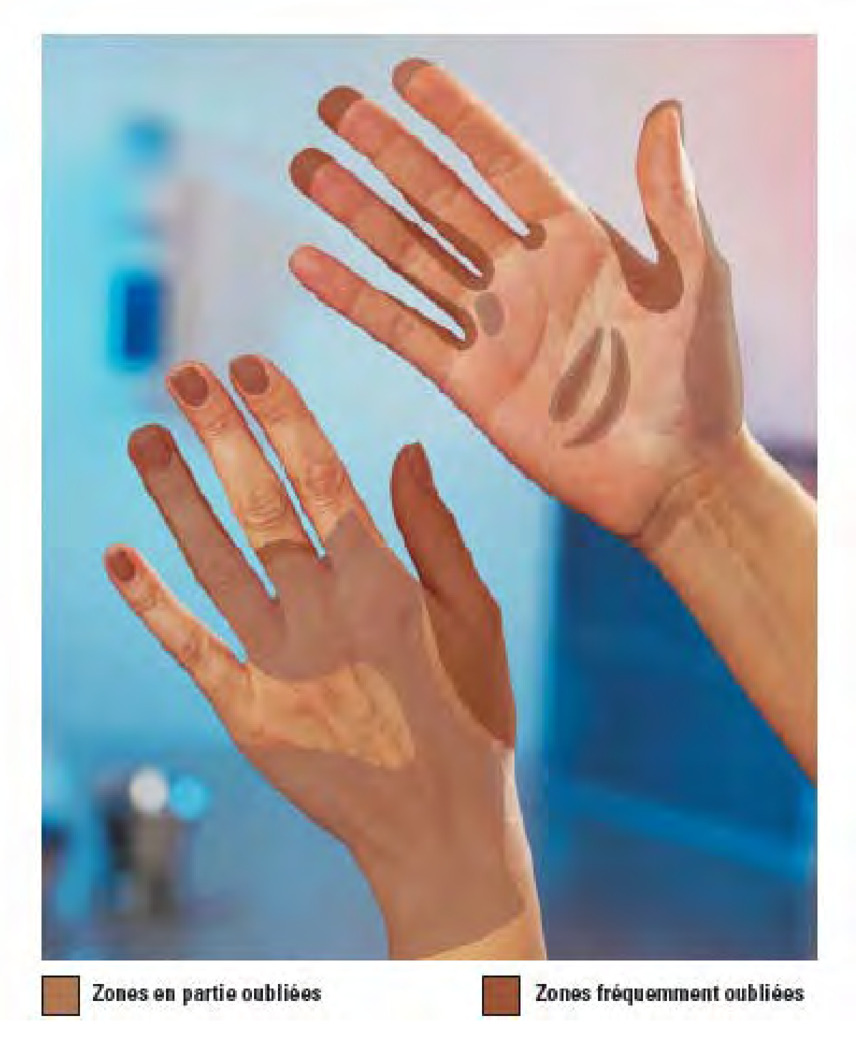
nettoyage/ désinfection

Hygiène des mains





Zones peu ou pas humectées lors de la désinfection par friction avec SHA



Selon L.J. Taylor, BRN, SMC, Nursing Times, January 12, 1978

Source: BODE Chemie



Technique soin de bouche

- se limiter à une procédure et la diffuser = échec!
- intérêt d'un méthodologie de développement
- consensus au niveau technique: adaptée selon présence ou absence de dentition
- uniformisation matériel
- audit des pratiques



Soin de bouche: système complet







Soin de bouche

Canule de Yankauer



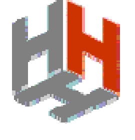
Soin de bouche

Sonde aspirante



Soin de bouche

Set écouvillon d'aspiration

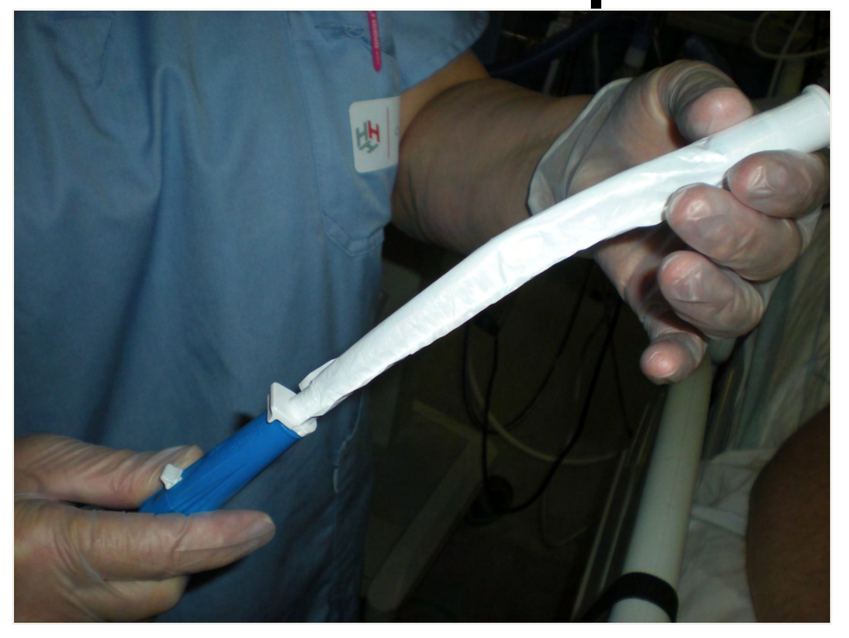


Soin de bouche

Set brosse à dents



Aspiration buccale

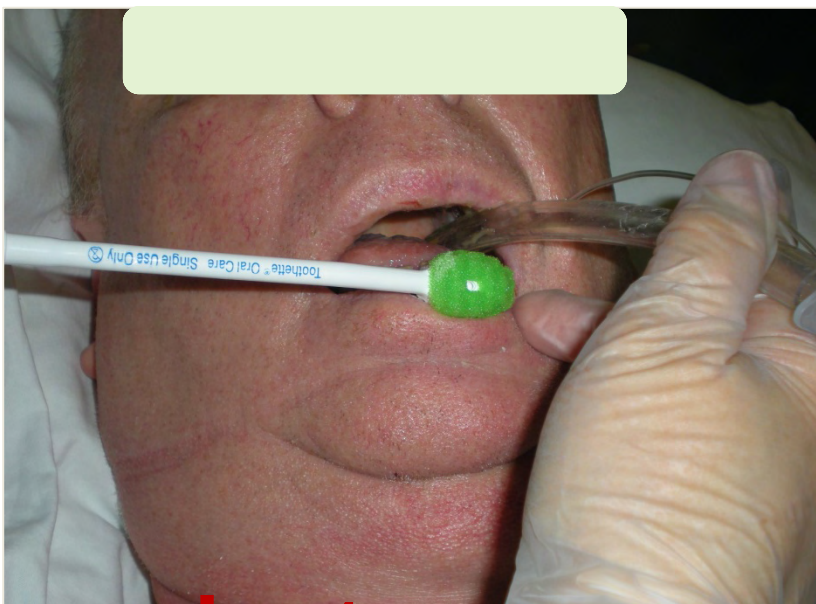




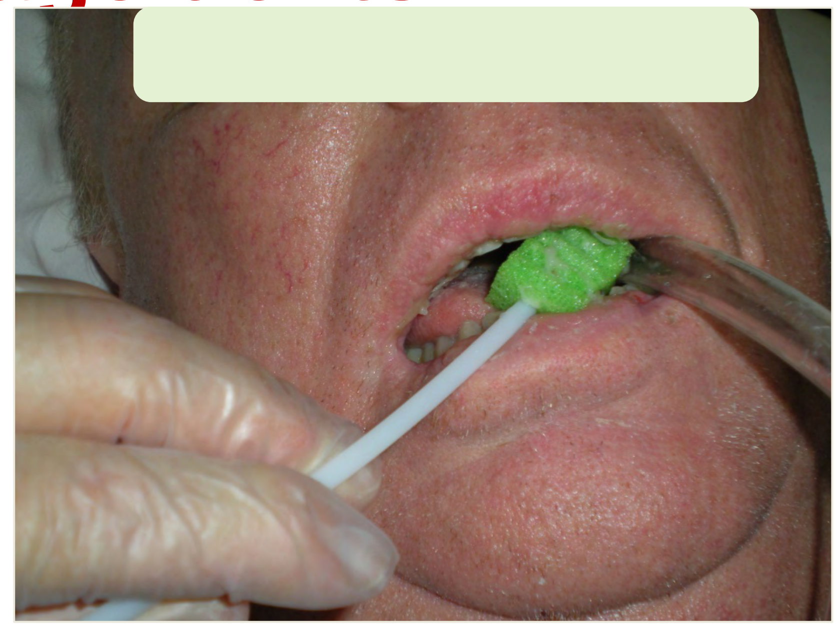


Brossage dents











Soin de bouche



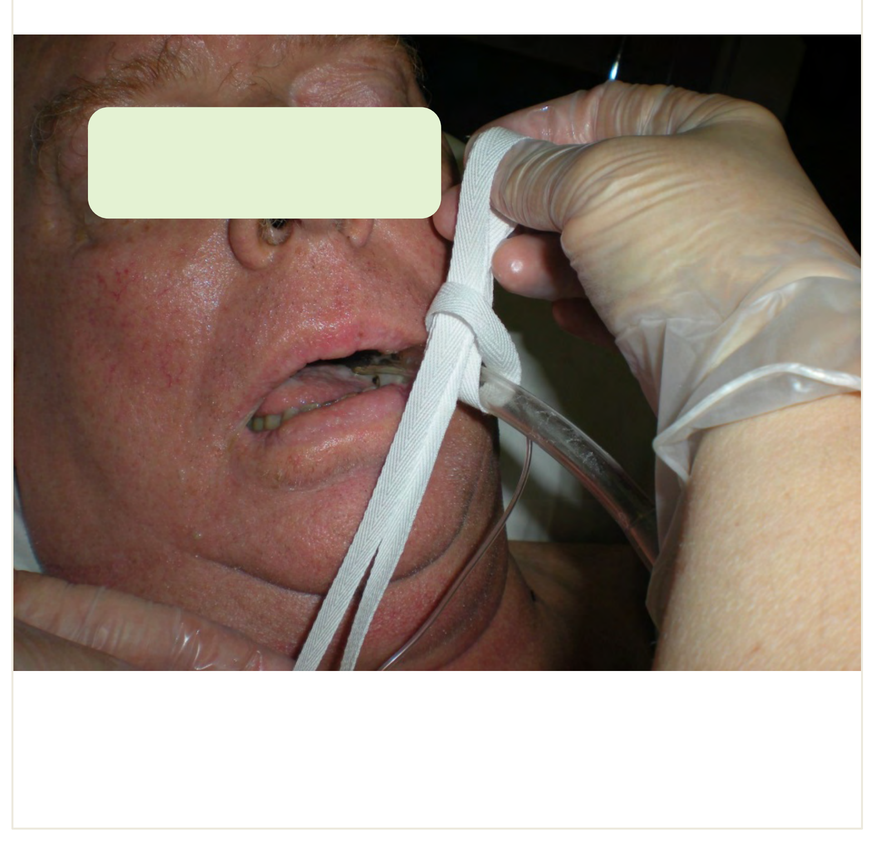
Solution antiseptique



Hydratation lèvres: baume labial



Changement et fixation du cordon







Participation des IHH

- participation de l'équipe HH à la réunion de préparation
- consensus procédure en intersite
- fiche recueil données IHH quick audit
- réalisation audit avec rétro information en direct



Quick audit IHH

- fréquence:
  - 1 à 2 x par semaine
  - dès mise en route du projet VAP en USI chez les patients intubés

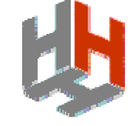
- 4 critères observés sans déranger le patient
  - utilisation matériel adapté pour le soin de bouche
  - position patient à 30°
  - propreté apparente bouche
  - hydratation des lèvres



en pratique …

- intégration du soin de bouche dans la répartition des soins globaux du patient
- disponibilité du matériel au chevet du patient au moment du soin: flacon d'antiseptique buccal, « kit », cordon, …
- repère sur gradient de degrés au niveau du lit.





Résultats/ tendances

- + ☺
  - respect au min 30° inclinaison patient
  - soin de bouche avec antiseptique
  - présence du matériel: flacon antiseptique daté + set hygiène buccale
  - achat de manomètre pour chaque lit

- - 😐
  - fréquence brossage des dents pas toujours claire
  - hydratation lèvres insuffisante > ajout beurre cacao
  - sécheresse bouche

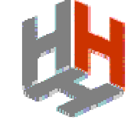


Clés du succès

- mettre en place un programme de prévention
- importance d'avoir une réflexion et consensus sur notre pratique!
- suivre une check-list connue de tous
- s'évaluer ou se faire évaluer régulièrement
- rétro information / correction en direct
- rôle des relais dans diffusion de l'information et rappels
- Bon sens !



Partager le savoir, le savoir-faire et le savoir-être

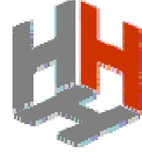


Conclusions

- projet d'équipe: tandem médecin/infirmière volontaire et coordinateur/rice
- relation de confiance entre USI et IHH
- ouverture à la remise en question en USI et critique constructive des IHH.
- formation et expertise: coaching !
- facilité technique: uniformisation
- réorganisation des soins parfois nécessaire

En attendant vos questions





Merci de votre attention!